هاشمی، تورج؛ بیک پور، ام البنین؛ محمود علیلو، مجید؛ ماشینچی عباسی، نعیمه(۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر بهبود بیماران مبتلا به وسواس شستشو(مطالعه موردی). *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۴ (۲)، ۸۱-۶۹.

اثربخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر بهبود بیماران مبتلا به وسواس شستشو(مطالعه موردی)

تورج هاشمی[۱]، ام البنین بیک پور[۲]، مجید محمودعلیلو[۳]، نعیمه ماشینچی عباسی[۴]

دریافت: ۱۳۹۱/۷/۱۸ پذیرش:۱۳۹۳/۷/۲

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پردازش هیجانی در بهبود علایم وسواس شستشو صورت گرفت. این پژوهش به روش طرح نیمه آزمایشیتک موردی و از نوع خط پایه چندگانه انجام شد. بدین منظور، دو آزمودنی به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تحت درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در مرحلۀ پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسات و مرحله پیگیری یک ماهه، پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل چشمی و شاخص درصد بهبودی و میزان اثر استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های مبتلا به وسواس شستشو، میزان بهبودی برابر ۰/۵۴ را داشتند. از سویی، میزان اثر در آزمودنی اول، ۱/۴۹و در آزمودنی دوم، ۲/۱۳ بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که روش درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر اختلال وسواس شستشو موثر است. این روش با ایجاد تغییرات شناختی و شکل‌گیری احساسات مثبت موجب کاهش اضطراب فرد شده و در نتیجه، علائم فرد بهبود می-یابند.

واژه‌های کلیدی: *اختلال وسواس- اجبار، وسواس شستشو، درمان، پردازش هیجانی*

۱. استادگروه روان شناسی دانشگاه تبریز- نویسنده مسئول tourajhashemi@yahoo.com

۲.کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز

۳. استاد گروه روان شناسی دانشگاه تبریز

۴. دانشجوی دکتری علوم اعصاب شناختی دانشگاه تبریز- عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

مقدمه

اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند و تقریباً از هر چهار بزرگسال، یک نفر را در ایالات متحده مبتلا می‌کنند (Merikangas, 2005). مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلالات را شایع‌ترین دسته اختلالات روانپزشکی یافته‌اند (Mohammadi et al, 2003). در این راستا، اختلال وسواس –اجبار(OCD)[1] یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان‌کننده است که از هر ۴۰ بزرگسال، یک نفر(بین۰/۹ تا ۴/۴ درصد از کل جمعیت) را مبتلا می‌کند (Merikangas, 2005). از طرفی، مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوعی را در همان حدود، در جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی(۱/۸ درصد) برآورد کرده‌اند (Mohammadi, 2004).

در یک دهۀ گذشته، برای سبب‌شناسی OCD تبیین‌های جدیدی مبتنی بر نقش پردازش هیجانی[2] شکل گرفته است. مفهوم پردازش هیجانی اولین بار توسط Rachman در سال ۱۹۸۰معرفی شد که آن را به عنوان مفهوم تبیینی در کاربرد و ارتباط با اختلالات اضطرابی مطرح نموده و آن را برای کاهش ترس و اضطراب در طی درمان موفق و بالاخص در مداخله‌های درمانی مبتنی بر مواجهه مورد استفاده قرار داد و بیان نمود که پردازش هیجانی ناظر بر روشی است که در آن، فرد، حوادث استرس‌زا را پردازش نموده و از سویی، فرایندی است که از طریق آن، اغتشاش‌های عاطفی جذب شده و سپس رو به کاهش می‌گذارند، طوری که سایر تجارب و رفتارها بتوانند بدون اغتشاش تحقق یابند (Baker, Holloway, Thomas, Thomas & Owens, 2004; Mahamoodalilo, Zaefaranch, 2008).

علاوه بر این، فوآ و کوزاک[3] (۱۹۸۶) در توجیه اثربخشی پردازش هیجانی بیان نموده‌اند که تجارب هیجانی بویژه ترس و اضطراب در قالب ساختارهای حافظه‌ای بازنمایی می‌گردند و حکم برنامه کار برای رفتار ترس‌آلود و اضطراب‌انگیز را داشته و لذا درمان، فرآیندی است که از طریق آن، ساختارهای مذکور تغییر می‌یابند. از نظر آنان وجود دو شرط پردازش هیجانی برای کاهش ترس‌های پاتولوژیک ضروری است. نخست، ساختار ترس باید فعال گردد و دوم، اطلاعات ناسازگار با عوامل پاتولوژیک باید با ساختار حافظه تلفیق گردد.

در همین راستا، بیکر (۲۰۰۱) عنوان می‌کند که بیشتر افراد وقتی با استرس، حوادث منفی و مضر روبرو می‌شوند، با موفقیت، آنها را از لحاظ هیجانی پردازش می‌کنند. در این فرآیند، آنها ممکن است به بیان احساسات پرداخته و یا در مورد موضوعات استرس‌زا فکر کنند تابه نتایج مثبت برسند و یا اینکه

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. emotional perocessing
3 Foa & Kozak

شرایط زندگی خویش را جهت تعدیل استرس، تغییر دهند. از سویی، این افراد ممکن است بر تسریع فرآیند پردازش هیجانی به رویاپردازی اقدام کنند و یا اینکه به فعالیت‌ها و تجربهٔ هیجانات دیگر روی آورند. بنابراین، چنانچه در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا پردازش هیجانی تحقق نیابد، در آن صورت اثرات موقعیت‌های استرس‌زا تشدید شده و پیامدهای منفی دیگری به شکل علائم آسیب‌شناختی بروز خواهد یافت.

مبتنی بر آنچه عنوان شد، در یک دههٔ اخیر استفاده از روش‌های پردازش هیجانی در قالب درمان-های رفتاری-شناختی از جمله غرقه‌سازی، رویارویی همراه با حساسیت‌زدایی‌منظم و جلوگیری از پاسخ جهت درمان اختلالات هیجانی از جمله وسواس‌ها و اجبارها کاربرد وسیعی داشته است (Walker et al, 1991). هدف این درمان‌ها این است که فرد بر نشانه‌های اختلال کنترل داشته باشد تا از این طریق بتواند اثرات اختلال را در زندگی روزانه به حداقل برساند و توانایی خود را در رسیدن به پتانسیل کامل خود افزایش دهد.

مطالعات متعدد در خصوص اثرات پردازش هیجانی با استفاده از روش‌های مختلف رویارویی، در کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار، حاکی از آن است که این روش‌ها قادرند نشانه‌ها و رفتارهای وسواس و رفتارهای اجباری را به طور چشمگیری کاهش دهند (Foa & Emmelkamp, 1983). در این رابطه، مطالعات جی‌کاکس[1] (۱۹۹۸) و هیوت[2] (۱۹۹۰؛ به نقل از Hunt، 1998) نشان می‌دهند که کاربرد رویارویی واقعی قادر است نشانه‌های وسواس و رفتارهای اجباری را درمان کند. همچنین، مطالعهٔ جی-کاکس، فوآ و مورال[3] (۱۹۹۸) نیز بر نقش مکانیسم‌های پردازش هیجانی در کاهش نشانه‌های اختلالات اضطرابی تاکید داشته است.

بعلاوه، فوآ، کوزاک و استکتی[4] (۲۰۰۶) در بررسی خود سه شاخص پردازش هیجانی شامل پاسخ حداکثری، خوگیری در جلسات و خوگیری بین جلسات را در ۱۴ بیمار وسواسی بررسی کرده و دریافتند که هم فعال‌سازی ساختار ترس در مدت رویارویی و هم خوگیری در بین جلسات، درمان موفق را پیش-بینی می‌کنند.

با همه این اوصاف، برخی مطالعات نشان می‌دهند که رویارویی با موقعیت‌های اضطرابی، در

---

[1] Jaycox
[2] Hyott
[3] Morral
[4] Steketee

کاهش وسواس‌ها تاثیرچندانی ندارد که در این راستا می‌توان به مطالعات لدر[۱] (۱۹۶۷) و برکوویچ و گریسون[۲] (۱۹۹۰) اشاره کرد (به نقل از Foa و Kozak، 1986). این پژوهشگران در تبیین عدم موفقیت روش رویارویی در کاهش وسواس‌ها به نقش اجتناب شناختی، افسردگی بیماران، و عقاید بیش بها داده‌شده تأکید نموده‌اندکه مانع بزرگی در وقوع پردازش هیجانی قلمداد می‌شوند.

با این وجود، برخی یافته‌ها نیز نشان می‌دهند که استفاده از روش پردازش هیجانی در قالب مکانیسم رویارویی به بهتر شدن نتایج درمانی منجر می‌شود (Baker, Mystkowski, Culver, Mortazavi &Craske, 2010).

مبتنی براین یافته‌های متناقض و تبیین‌های بعمل‌آمده در خصوص مکانیسم‌های پردازش هیجانی در درمان اختلال وسواس، سؤال پژوهش حاضر این بود که آیا درمان مبتنی بر پردازش هیجانی قادر است نشانه‌های وسواسی شستشو را بهبود بخشد؟

روش پژوهش

این پژوهش، در قالب یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه به انجام رسید. در راستای این طرح از افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان رازی تبریز، با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و مصاحبه غربالگری، ۲ نفر که مبتلا به اختلال وسواس شستشو بودند، انتخاب شدند. آزمودنی اول بعد از دو خط پایه و آزمودنی دوم یک هفته بعد وارد درمان شد.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامۀ وسواسی- اجباری مادزلی

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط هاجسون و راچمن[۳] برای بررسی ابعاد نشانه‌های وسواس تهیه شده است. این آزمون متشکل از ۳۰ سوال صحیح و غلط بوده که شامل ۴ مقیاس فرعی وارسی، شستشو، کندی و شک و تردید است. البته مقیاس پنجمی هم تحت عنوان نشخوار فکری وجود دارد، ولی چون فقط شامل دو پرسش است، به صورت جداگانه نمره‌گذاری نمی‌شود. نمره آزمون شامل یک نمره کل و ۴ نمره مربوط به مقیاس‌های فرعی است که به صورت جداگانه نمره‌گذاری می‌شوند.

---
[1] Lader
[2] Berckovich & Grayson
[3] Hodgson & Rachman

هاجسون و راچمن (۱۹۷۷) اعتبار همگرا و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را رضایت‌بخش و در حدود ۰/۸۹ برآورد کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل، ۰/۸۷ گزارش شده و ساناویو[۱] (۱۹۸۸؛ به نقل از Menzies، Silva و Menzies، 2003) همبستگی بین نمرات کل آزمون مادزلی و آزمون پادوآ[۲] را ۰/۷۰ بدست آورده است. اعتبار محتوایی این آزمون را در ایران قاسم‌زاده (۱۳۸۰) بررسی و تأیید کرده و پایایی بازآزمایی آن را محمودعلیلو (۱۳۸۵) روی یک گروه ۲۵نفره، ۰/۸۲ برآورد نموده است (به نقل از Sajadian ، 2006).

۲) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محورI (SCID-I[۳])

مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف پذیر است که توسط فرست، اشپیتز و گیبون[۴] (۱۹۹۷؛ به نقل از Dabaghi،Asgharnezhad Farid، Atef Vahid و BouAlhari، 2007) تهیه شد و ضریب کاپای ۶۰ درصد را بعنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برایSCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی، ۵۲ درصد و برای تشخیص‌های طول عمر، ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت بخش است.

۳) مقیاس واحد ناراحتی ذهنی

در درمان‌های شناختی- رفتاری برای عملیاتی کردن سازه‌ها و مفاهیم، مقیاس‌های درجه‌بندی به کار برده می‌شود. یکی از این مقیاس‌ها، مقیاس واحد ناراحتی ذهنی است که یک مقیاس خودسنجی بوده وشدت ناراحتی وپریشانی ذهنی باآن درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس ازصفر (هیچگونه ناراحتی) تا ۱۰ (بیشترین ناراحتی) درجه‌بندی شده است (Wolpe & Lazarus, 1996). در این مقیاس، درمانگر از بیمار می‌خواهد میزان ناراحتی خود را براساس یک مقیاس عددی درجه‌بندی کند (De Silva & Rachman, 2004).

---

[1] Sanavio
2. Padua
3. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders
[4] First, Spitez, & Gibon

۴) ساختار درمان مبتنی بر پردازش هیجانی

برای روش درمان مبتنی بر پردازش هیجانی از چارچوب کلی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ بهره گرفته شد، با این تفاوت که سعی گردید شاخص‌های پردازش هیجانی در مراجع به طور دقیق تحقق یابد. چارچوب اصلی جلسه‌های درمان عبارت بود از ارائهٔ منطق درمان، تهیه فهرستی از نشانه‌های برانگیزنده افکار وسواسی(درونی- بیرونی)، رفتارهای تشریفاتی و اعمال آیین‌مند و موارد اجتنابی، مشخص ساختن قوانین کلی ثابت جلسه درمان و قوانین ویژه هر جلسه و تنظیم قرارداد با مشارکت مراجع، تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی برای تحقق مناسب پردازش هیجانی، ارایه تکالیف خانگی، مرور تکالیف در آغاز هر جلسه درمان و درمیان گذاردن دستور کار و روند هر جلسه درمانی پیش از آغاز جلسه. این ساختار درمانی براساس آموزه‌های نظری فوا و همکاران (۲۰۰۶) تهیه گردید که بر اساس مطالعات انجام شده توسط بیکر (۲۰۰۱)، فوا و مورال (۱۹۹۸) و بیکر و همکاران (۲۰۰۱) اثربخشی این روش درمانی در اختلالات هیجانی مورد تأیید واقع شده است که این نتایج، روایی محتوایی و ساختاری بستهٔ درمانی تهیه شده را تضمین می‌نماید. از سویی، محتوای تهیه‌شده به تأیید چند نفر ازدرمانگران و متخصصان روان‌درمانی نیز درآمد که تضمین‌کنندهٔ اعتبار روش درمانی بکار گرفته‌شده بود.

۵) معیارهای ورود و خروج شرکت‌کنندگان

معیارهای ورود این پژوهش عبارت بود از: ۱) دارا بودن ملاک‌های زیرگروه وسواس شستشو براساس DSM-IV-TR[1] ۲) حداقل سن ۱۸سال و حداکثر ۵۰ سال۳) دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم۴) رضایت کتبی فرد برای شرکت در پژوهش۵) رد شدن هر گونه اختلال روانی همبود با وسواس و شکایت عمده از هرکدام از زیر گروه (نبود تظاهرات دیگر گروه‌ها).

۶) شیوه ی اجرا

پس از کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، ابتدا طی دو جلسه، نسبت به ثبت نشانه‌های وسواس به عنوان خط پایه در آزمودنی اول اقدام شد. برای آزمودنی دوم، ثبت نشانه‌های وسواس خط پایه با تأخیر یک هفته‌ای شروع شد تا اثرات هم‌زمانی جلسات درمانی در نتایج، کنترل گردد. پس از ثبت نشانه‌ها در خط پایه، هر یک از آزمودنیها طی ۱۰جلسه در معرض روش درمانی تنظیم‌شده قرار گرفتند. جهت بررسی روند اثرگذاری روش‌های اعمال شده، در هر جلسهٔ درمانی، نسبت به ثبت نشانه‌ها اقدام گردید.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fourth Edition

یافته‌ها

در جدول ۱، ویژگیهای جمعیت‌شناختی آزمودنیها ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگیهای جمعیت‌شناختی آزمودنیها

آزمودنیها	سن	جنس	میزان تحصیلات	شغل	وضعیت تاهل	اقدامات درمانی پیشین
اول	۲۲	زن	کارشناسی	دانشجو	مجرد	نداشته
دوم	۳۱	زن	فوق دیپلم	شاغل	متاهل	دارودرمانی

جدول ۲ نتایج بدست آمده از ثبت نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری را در طی جلسات خط پایه، آخرین جلسه و مرحلهٔ پیگیری نشان می‌دهد. مندرجات جدول حاکی از آن است که درصد بهبودی کلی در دو شرکت‌کننده، ۵۴ درصد است که نشانگر اثربخشی بالینی روش درمانی اعمال شده است.

جدول۲: نمرات آزمودنیها در پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی

	آزمودنی اول	آزمودنی دوم
قبل از درمان	۹/۵	۱۰
جلسه آخر	۴	۵
پیگیری	۵	۶
میزان بهبودی	۰/۵۸	۰/۵۰
کل	۰/۵۴	

اندازهٔ اثر درمان مبتنی بر پردازش هیجانی در آزمودنیها در جدول ۳ و روند تغییر نمرات آزمودنیها در نمودار۱ نشان داده شده است.

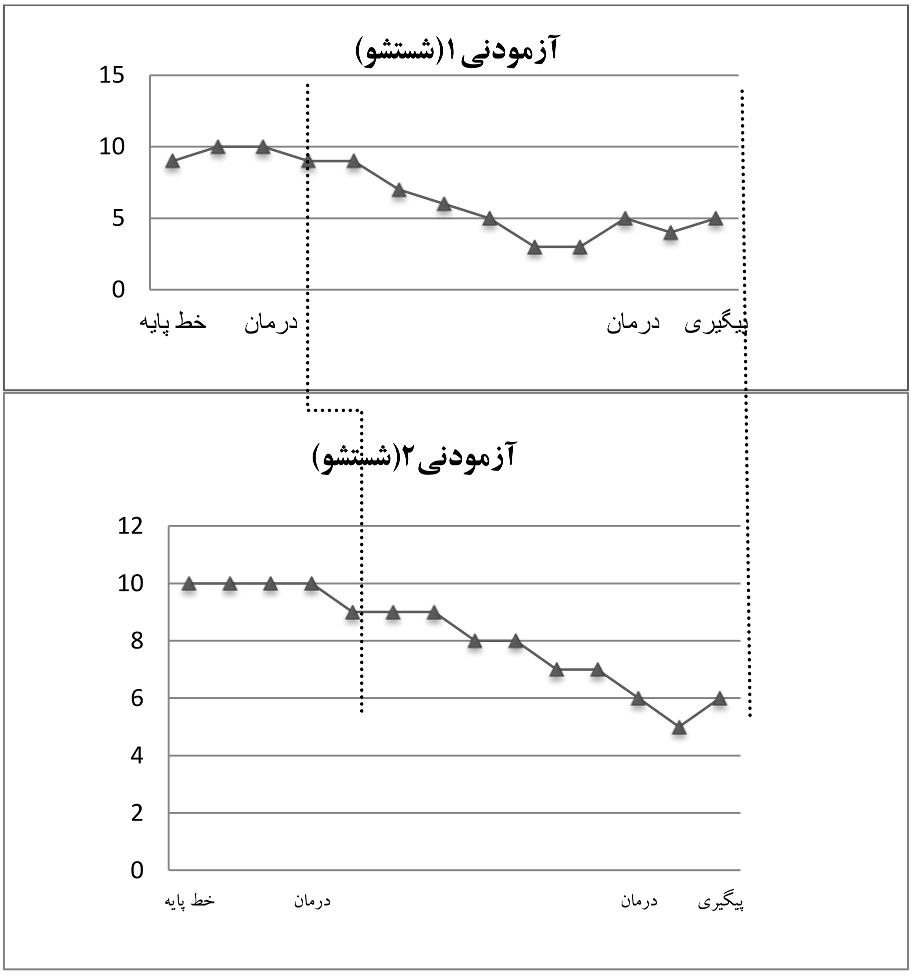
جدول۳: میزان اثر درمان در آزمودنیها

	میانگین			انحراف استاندارد			انحراف استاندارد		
	خط پایه	درمان	پیگیری	خط پایه	درمان	پیگیری	خط پایه- درمان	درمان-پیگیری	درصد کاهش
آزمودنی اول	۹/۵	۶/۱	۵	۰/۵	۲/۴۲	۰	۱/۹۴	۰/۶۴	٪۳۵
آزمودنی دوم	۱۰	۷/۸	۶	۰	۱/۴۶	۰	۲/۱۳	۱/۷۵	٪۲۲

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که برای آزمودنی اول، تغییرات چشمگیر در علایم وسواس رخ داده است. میانگین داده‌های خط پایه، ۹/۵ و میانگین داده‌های جلسات درمان، ۶/۱ است. مبتنی بر اندازۀ اثر بدست آمده (۲/۴۲) و مقایسۀ آن با معیارهای کوهن[1] (۱۹۸۸) می‌توان نتیجه گرفت که روش درمانی پردازش هیجانی اثربخشی بالینی در کاهش نشانه‌های وسواس شستشو در آزمودنی اول داشته است.

در مورد آزمودنی دوم نیز تغییرات چشمگیر در علایم وسواس رخ داده است. میانگین داده‌های خط پایه، ۱۰ و میانگین جلسات درمان، ۷/۸ بدست آمده است. مبتنی بر اندازۀ اثر بدست آمده (۲/۱۳) و مقایسۀ آن با معیارهای کوهن (۱۹۸۸) می‌توان نتیجه گرفت که این درمان اثربخشی بالینی در کاهش نشانه-های وسواس شستشو در مورد آزمودنی دوم نیز داشته است.

[1] Cohen



نمودار ۱: روند تغییر نمرات آزمودنی‌ها در طول درمان

از سویی، تحلیل چشمی نمودارنیز تغییر در شدت علایم را براساس سه رویه (سطح، شیب و تغییرپذیری) نشان می‌دهد. طبق نمودار ۱، تغییر فاز خط پایه تا جلسهٔ سوم فاز مداخله ناچیز بوده است. اما از جلسه سوم تا جلسه هفتم تغییر قابل توجه در علایم مشاهده می‌شود، با این حال، در جلسه آخر و جلسهٔ پیگیری، افزایش ناچیزی مشاهده می‌شود.

در مورد آزمودنی دوم، طبق نمودار فوق، تغییر فاز از خط پایه به درمان نداشته، اما از جلسه اول به دوم، چهارم به پنجم، ششم به هفتم و از هفتم به دهم کاهش در علایم وجود داشته است. این امر نشانگر

خوگیری بین جلسات و نیز خوگیری درون جلسه‌ای است. بنابراین، این درمان در مورد وسواس شستشو اثربخش است.

بحث

اختلال «وسواس-اجبار» یک اختلال آشنا و نسبتا شایع است که به دلیل ماهیت ناتوان کننده‌ای که دارد،بسیار سریع بر تواناییهای شخصی، کارآیی شغلی، سازگاری اجتماعی وروابط بین‌فردی اثر می‌گذارد. مشخصه‌های ویژه اختلال مانند اضطراب و تشویش، ناتوانی در تصمیم‌گیری، اشتغال ذهنی مداوم با مسایل مختلف، ترس از آینده و... همه به گونه‌ای است که فرد را از داشتن یک زندگی سالم و طبیعی محروم می‌سازد. به همین دلیل، پژوهشهای مربوط به مداخلات درمانی این اختلال همواره مورد توجه بوده است. در این راستا، یکی از انواع وسواس، وسواس شستشو است که نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پردازش هیجانی در درمان اختلال وسواس شستشو اثربخش است. در طرح‌های تک آزمودنی، دو ملاک آزمایشی و درمانی برای ارزشیابی تغییر استفاده می‌شود(Christensen, 2008).

مبتنی بر ملاک آزمایشی، با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، اندازه اثر براساس نظر کوهن (۱۹۸۸) بالا بوده است، پس می‌توان بیان نمود که روند تغییر علایم در مرحله خط پایه متفاوت از مرحلهٔ درمان است. از این‌رو در ملاک آزمایشی بهبودی قابل توجه بوجود آمده است.

از طرفی، در ملاک درمانی از ارزشیابی ذهنی استفاده می‌شود، بدین معنی که افرادی که با آزمودنی در تعامل هستند، تغییر چشمگیری در رفتار آزمودنی مشاهده می‌کنند. در این بررسی با پرسشی که از اطرافیان و خود آزمودنی شد معلوم شد ملاک درمانی نیز محقق شده است. از این رو، نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر اختلال وسواس شستشو اثربخش است. براین اساس، یافته‌های این پژوهش با نظرات فوآ و کوزاک (۱۹۸۶)، بیکر(۲۰۰۱) و راچمن (۱۹۸۰) که به نقش شاخصهای پردازش هیجانی در درمان تأکید کرده اند، همسو بوده و همچنین با یافته‌های فوآ و امل‌کمپ (۱۹۸۳) و جی‌کاکس و همکاران (۱۹۹۸) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته‌ها، راچمن (۱۹۸۰) بیان می‌کند که پردازش هیجانی فرایندی است که درآن، آشفتگی هیجانی مدیریت گردیده و تا میزانی کاهش می‌یابد تا سایر تجارب و رفتارها بتوانند بدون وقفه صورت گیرند. به نظر می‌رسد پردازش هیجانی شامل حداقل سه مولفه از جمله: برانگیختگی احساسات منفی، تغییرات شناختی و تغییر به سمت احساسات مثبت باشد، یعنی در فرایند درمان، اضطراب آزمودنیها به تدریج افزایش پیدا می‌کند، سپس آزمودنی در همان حالت باقی می‌ماند تا متوجه شود آن‌طور که فکر

می‌کرده، اضطراب تا آن حد آسیب‌زننده نیست و در انتهای درمان به تدریج میزان اضطراب فرد کاهش یافته و به میزان عادی می‌رسد. همان‌طور که راچمن (۱۹۸۰) بیان می‌کند، کاهش ترس و اضطراب، نشان-دهنده پردازش هیجانی موفق است.

همچنین، مطابق با نظریهٔ فوآ و کوزاک (۱۹۸۶) درمان مبتنی بر پردازش هیجانی، فرآیندی است که از طریق آن، ساختارهای حافظه ترس تغییر می‌یابند. به عبارتی در طی درمان ابتدا با رویارویی فرد با موضوع اضطراب‌زا، ساختار ترس فرد فعال شده و به دلیل افزایش اضطراب، میزان نبض و ضربان قلب فرد نیز بالا می‌رود و بعد از آن به تدریج اضطراب فرد کاهش می‌یابد که می‌توان استنباط کرد که اطلاعات ناسازگار با عوامل پاتولوژیک، ساختار ترس را تغییر داده‌اند، به نحوی که فرد بیمار متوجه می‌شود که بدون اجتناب هم می‌تواند اضطرابش را کاهش دهد. از این رو، این نتایج همخوان با نظریهٔ راچمن (۱۹۸۰) و فوآ و کوزاک (۱۹۸۶) بود.

با وجود اینکه پژوهشگران کوشیده‌اند شرایط را تا حد ممکن کنترل کنند، ولی وجود محدودیت-های خارج از کنترل، از جمله شمار اندک آزمودنیهای پژوهش، یکسان نبودن ویژگیهای جمعیت‌شناختی مراجعان و نبود دورهٔ پیگیری طولانی‌مدت، سبب رعایت احتیاط در تعمیم یافته‌های پژوهش می‌شوند. با این حال، رعایت نکات یادشده می‌تواند راهگشا بوده و با افزایش شمار آزمودنیها در پژوهش‌های آینده، بهتر می‌توان در این‌باره قضاوت کرد.

نتیجه

مبتنی بر نتایج می‌توان بیان کرد که روش درمان مبتنی بر پردازش هیجانی بر اختلال وسواس شستشو موثر است. این روش با ایجاد تغییرات شناختی و شکل‌گیری احساسات مثبت موجب کاهش اضطراب فرد شده و در نتیجه، علائم فرد بهبود می یابند. به تعبیری، بکارگیری مداخلات مبتنی بر پردازش هیجانی، زمینهٔ بازشناسی و تجربهٔ مجدد هیجانات منفی را که به شکل اضطراب نهفته در ساختارهای روان-شناختی حضور دارند، مهیا نموده و در نتیجه، امکان تازه‌ای برای تسلط فرد بر هیجانات همراه با محرک-های محیطی را فراهم می‌آورد و از این طریق، کارآمدی فرد برای فائق آمدن بر نشانه‌های رفتاری اختلال وسواس شستشو را افزایش می‌دهد.

Referenses

Baker, R. (2001). An emotional processing model for counseling and psychotherapy, A way Forward?*Dorset Research & Development Support Unit.*

Baker. R., Holloway. J., Thomas. P.W., Thomas. S., & Owens. M. (2004). Emotional processing and panic. *Behavior Research and Therapy*, *42*, 1271-1287.

Baker, A., Mystkowski, J., Culver, N., Yi, R., Mortazavi, A.,& Craske, M.G.(2010). Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 1139-1143.

Christensen, L.B. (2008). *Experimental Methodology*. Translated by Delavar, A, 1st ed. Tehran, Roshd Publication Company

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nded.). Hillsdale. NJ, Erlbaum.

Dabaghi, P., AsgharnezhadFarid, A. A., AtefVahid, M. K., BouAlhari, J. (2008). Effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness and spiritual schema activation in the drug relapse prevention *Andisheh VaRaftar (Applied Psychology), 4*(16), 49-58. (In persion)

De Silva, P., & Rachman, S. (2004). *Obsessive compulsive disorder: The facts*. UK, Oxford: Oxford University Press.

Foa,E.B., & Emmelkamp, P.M.G.(1983). *Failures in behavior therapy.*New York. Wiley.

Foa.E.B., & Kozak. M.J.(1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-Compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, *15*, 389-395.

Hunt, M. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behavior research and Therapy*, *36*, 361-384.

Jaycox, L.H., Foa. E.B., &Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for FTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,*185-192.

MahmoodAliloM ., & Zafaranchi, M. (2008). *Emotional processing*. (1sted), Tabriz, Sotoudeh Publication Company. (In persion)

Merikangas, K.R.(2005). Anxiety Disorders: Epidemiology. In B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (PP. 1720-1717).Phildelphia, Lippincoff Williams &Wilkins.

Menzies, R. G., De Silva, P., & Menzies, R. (2003).*Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, research and treatment.* England, Wiley.

Mohammadi, M.A., Davidian, H., Noorbala, A., Malekafzali, H., Naghavi, H.R., Pouretemad, H.A., BagheriYazdi, S.A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Mohammad Razzaghi, E. (2001). An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran. *Hakim, 64*, 1-55 (In persion).

Mohammadi. M.K., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala.A.A., Davidian, H., Malek Afzali, H., Naghavi, H.R., BagheriYazdi, S.A., Saberi, S.M., Mesgarpour, B., Akhondzaden, S., Alaghband-rad, J., &Tehranidoost, M. (2004). Prevalence of obsessive - compulsive disorder in Iran.*BMC psychiatry*, *4*, 2. (In persion)

Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, *18*, 51-60.

Sajadian, I. (2007). The effect of mindfulness method on degree of obsessive-compulsive symptoms.*MA thesis, University of Isfahan*. (In persion)

Sharifi,V., Asadi, S.M., Mohammadi, M.R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabanikia, A., Shahrivar, Z., DavariAshtiani, R., Hakim Shoushtari, M., Sedigh, A., JalaliRoudsari, M. (2004).Reliability and feasibility of the persianverssion of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID).*Advances in Cognitive Science*, *6*(1-2), 10-22. (In persion)

Walker, C.E., Hedberg, A., Element, P., &Weight, L. (1991).*Clinical procedure for behavior therapy*. New York: Prentice-hall.

Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. NewYork: Pergamon Press.